Problématique de la prise en charge des urgences chirurgicales au CHU de Parakou (Bénin)

Problem of surgical emergencies management in CHU of Parakou (Benin)

Mensah E[1], Tchaou B[2], Hodonou MA[1], Fatigba H[1], Tamou BE[1], Kulimushi R[3], Allode A[1].

[1]*Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Université de Parakou, Bénin.*
[2]*Département de Médecine et Spécialités Médicales, Université de Parakou, Bénin.*
[3]*Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales Université d'Abomey-Calavi, Bénin.*

Auteur correspondant: Emile Mensah, BP : 1109 Parakou, emile_mensah@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La prise en charge des urgences chirurgicales au CHU-P (Bénin) était sujette à de nombreuses difficultés. Nous en étudions la problématique.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive réalisée dans les services d'anesthésie et de chirurgie générale du CHU-P du 1er janvier au 30 juin 2014. Elle a porté sur tous les patients ayant consulté pour une urgence chirurgicale avec CCMU 3, 4 ou 5.

Résultats : La fréquence des urgences chirurgicales était de 11,6 %. L'âge moyen des patients était de 25 ± 17 ans. La sex ratio était égale à 2,5. Les patients venaient aux urgences par leurs propres moyens (68,7 %). Le délai moyen d'admission était de 4 jours ± 20 heures. Les urgences traumatiques étaient les plus fréquentes (53,3 %). Les urgences chirurgicales abdominales étaient les plus opérées (83,3%). Le délai moyen de la prise en charge était de 1 jour ± 14 heures. Le taux de létalité était de 10%. Les causes de cette létalité étaient : le long délai de consultation (45,8 %), la gravité des pathologies à l'admission (75 %) et le manque de moyens financiers des patients pour leurs prises en charge à temps opportuns (55,4 %).

Conclusion : La réduction de la létalité des urgences chirurgicales au CHU-P passera par la sensibilisation de la population pour des consultations précoces, le renforcement du personnel soignant et l'instauration d'une assurance-maladie.

Mots clés : Urgences chirurgicales, problématique, prise en charge, Parakou.

Summary

Introduction: The management of surgical emergencies in CHU-P was subject to various difficulties. We were studying the issue in this research.

Patients and methods: A prospective and descriptive study was carried out in the services of anesthesia and general surgery of CHU-P from january 1st to june 30th, 2014. It focused on all patients who consulted for a surgical emergency with CCMU 3, 4 or 5 during that period.

Results: The frequency of surgical emergencies was 11,6 %. In average, the patients were 25 ± 17 years old. The sex ratio equaled to 2,5. Patients came to emergencies on their own means in 68,7 % of the cases. The admitting time-limit was in average 4 days ± 20 hours. Traumatic emergencies were the most frequent (53,3 %). Abdominal surgical emergencies were most operated surgery on patients and are about 83,3 %. The average time of surgical care was 1 day ± 14 hours. The lethality rate was 10 %. The reasons for such rate were: the long consultation period (45,8 %), the severity of patients conditions upon admission (75%) and the lack of financial resources in appropriate time (55,4 %).

Conclusion: The decrease in the lethality rate of surgical emergencies in CHU-P required the awareness of the population on the necessity of early consultation at hospital, the increase of the nursing staff and the establishment of health insurances.

Keywords: Surgical emergencies, problem, healthcare, Parakou.

Introduction

Les urgences chirurgicales demeurent une préoccupation des anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens sur les plans diagnostique, thérapeutique et pronostique. Selon Sall et al. **[1]**, les possibilités thérapeutiques engendrées par les progrès médicaux et le développement de l'imagerie médicale dans les pays développés ont permis de cerner les problèmes posés par les urgences chirurgicales, contribuant ainsi à la prise en charge. Dans les pays moins avancés, ces urgences surviennent toujours dans un contexte socio-économique défavorable ; il s'y ajoute un sous équipement des services de réanimation et du bloc opératoire et une insuffisance du personnel médical et paramédical. Le Centre Hospitalier Universitaire de Parakou (CHU-P) au Bénin, était confronté à ces mêmes difficultés qui affectent lourdement la mortalité et la morbidité dues aux urgences chirurgicales. La présente étude vise à évaluer les problèmes posés par la prise en charge des urgences chirurgicales au CHU-P, au premier semestre 2014.

Cadre d'étude, patients et méthodes

L'étude s'est déroulée dans l'unité d'accueil des urgences du Service d'Anesthésie, de Réanimation et des Urgences (SARU) et dans le Service de Chirurgie Générale du CHU-P.

Il s'est agi d'une étude de types descriptif et analytique avec recueil prospectif des données sur une période allant du 1er janvier au 30 juin 2014. Elle a concerné tous les patients admis pour une urgence chirurgicale et hospitalisés dans le Service de Chirurgie Générale ou le SARU pendant la période d'étude. Ont été inclus, tous les patients admis à l'unité des urgences, ayant présenté des urgences chirurgicales de types 3, 4 et 5 de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) **[2]** et hospitalisés. Ont été exclus de notre étude les patients admis pour une urgence médicale, ceux ayant une urgence chirurgicale et transférés dans les Services de Gynécologie-Obstétrique, d'Oto-rhino-laryngologie, d'Ophtalmologie et de Stomatologie, ainsi que ceux admis pour une urgence chirurgicale et décédés dans les six premières heures suivant leur admission. La variable dépendante était représentée par les urgences chirurgicales de types CCMU 3, 4 et 5. Les variables indépendantes étaient d'ordres sociodémographique, diagnostique, thérapeutique, évolutif et pronostique. L'anonymat a été respecté par rapport aux dossiers médicaux des patients.

Résultats

Données épidémiologiques

Durant la période d'étude, 2068 patients ont été admis à l'unité d'accueil des urgences du CHU-P. Parmi eux, nous avons dénombré, 1256 cas d'urgences chirurgicales (60,7 %) parmi lesquels 240 patients répondant aux critères de sélection soit 19,10 % des cas. L'âge moyen des patients était de 27,5 ± 17 ans avec des extrêmes de 1 jour et 78 ans. Les enfants (n = 58), représentaient 24,2 % des patients inclus dans l'étude. La prédominance était masculine (sex-ratio = 2,5). Près de la moitié des patients (n = 110) étaient des travailleurs indépendants (45,8 % des cas) ; venaient ensuite les apprenants (n = 47), les "sans emploi" (n = 42), les fonctionnaires de bureau (n = 27) et les femmes au foyer (n = 14).

Cent quarante (140) patients résidaient dans la ville de Parakou (58,3 %). Les traumatismes (n = 128) dominaient notre série et les circonstances de survenue des traumatismes étaient variées : accidents sur la voie publique (n = 90), chutes d'une hauteur (n = 8), agressions par armes blanches (n = 7), agressions par armes à feu (n = 6), accidents de travail (n = 5), brûlures (n = 3), accidents de sport (n = 3), accidents domestiques (n = 2), morsures animales (n = 2), chute d'altitude (n = 1) et rixe (n = 1).

Dans notre série, 135 patients (56,2 %) ont été admis directement aux urgences, 90 ont été référés d'un autre centre de santé (40 %) et 9 d'un autre service de l'hôpital (3,8 %). Plus de deux patients sur trois (68,8 %) étaient admis au secteur d'accueil des urgences avec leurs propres moyens de transport **(tableau I).**

Tableau I: *Répartition des patients selon le moyen de transport*

	Effectifs	***Pourcentage***
Motocyclette	*102*	*42,5*
Véhicule privé	*59*	*24,6*
Véhicule des sapeurs-pompiers	*48*	*20,0*
Ambulance/SMUR	*27*	*11,2*
Pieds	*4*	*1,7*
Total	***240***	***100***

Le délai médian d'admission était de 24 heures.

Tableau II: *Répartition des patients selon le délai d'admission (en heures h).*

	Effectif	*Pourcentage*
< 1h	*37*	*15,4*
[1- 6h[	*49*	*20,4*
[6-12h[	*15*	*6,2*
[12-24h[	*12*	*5,0*
[24-48h[	*28*	*11,7*
≥ 48h	*99*	*41,3*
Total	*240*	*100*

Données diagnostiques

Le syndrome douloureux abdominal représentait le motif d'admission le plus fréquent (n = 93 soit 38,75%). Venaient ensuite :

- les douleurs et impotence fonctionnelle des membres dans 65 cas (27,08%) ;
- l'altération de l'état de conscience dans 33 cas (13,7%);
- le déficit neurologique dans 10 cas (4,2%);
- la rétention aigue d'urine dans 6 cas (2,5%);
- les douleurs testiculaires et les douleurs thoraciques dans 5 cas (2,0%);
- les morsures de serpents dans 2 cas (0,8 %).

Cent vingt-huit (128) patients (53,3%) avaient présenté un bon état général à l'admission.

La figure 1 ci-après a montré l'état de conscience des patients, apprécié par le score de Glasgow.

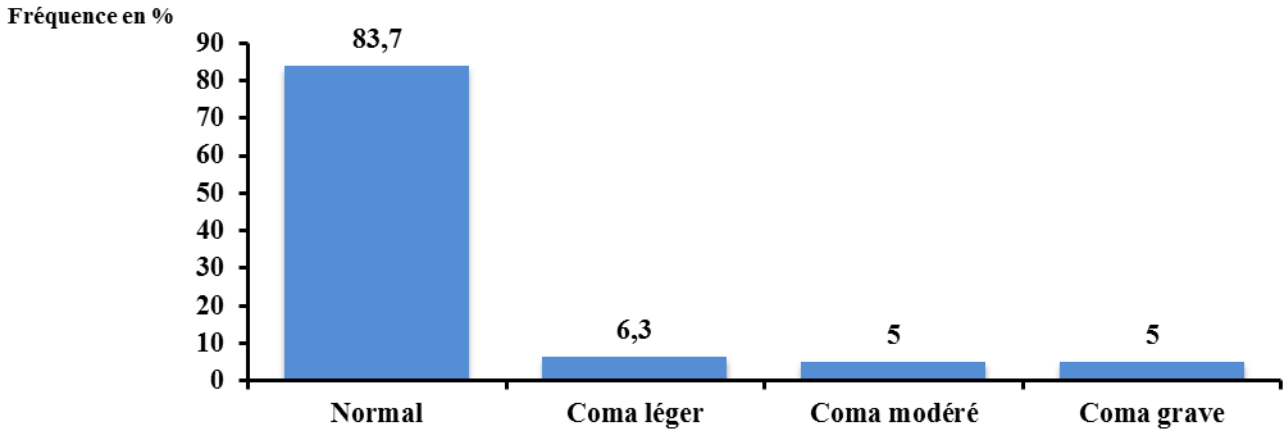

Figure 1 : *Répartition des patients selon leur état de conscience*.

Au moins un (01) examen paraclinique avait été demandé en urgence chez tous les patients mais seuls 206 patients (85,8 %) ont pu en réaliser. Les examens biologiques réalisés étaient la numération globulaire avec formule sanguine (n = 173), l'urémie (n = 122), la créatininémie (n = 119), la glycémie (n = 102), le groupage sanguin avec facteur rhésus (n = 117) et l'ionogramme sanguin (n = 57). Les examens d'imagerie réalisés étaient la radiographie standard (n = 70), la radiographie de l'abdomen sans préparation (n = 40), le scanner cérébral ou rachidien (n = 19), et l'échographie (n = 16).

Selon la gravité des pathologies enregistrées conformément à la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), les 3 classes ciblées donnaient les proportions suivantes :

- pour CCMU = 3 47,9 %
- pour CCMU = 4 47,1 %
- pour CCMU = 5 5 %

Dans notre étude, les urgences traumatiques **(tableau III)** avaient représenté 53,3% des cas (n = 128) versus 46,7 % (n = 112) pour celles non traumatiques **(tableau IV)**.

Tableau III: *Répartition des patients suivant les urgences chirurgicales traumatiques*

	Effectif	***Pourcentage***
Fracture des os des membres	*73*	*57,0*
Traumatismes crânio-encéphaliques	*48*	*37,5*
Traumatismes abdominaux	*25*	*19,5*
Plaies des parties molles	*24*	*18,7*
Polytraumatismes	*15*	*11,7*
Traumatismes du rachis	*9*	*7,0*
Traumatismes multiples	*9*	*7,0*
Traumatismes du thorax	*7*	*5,5*
Gangrène de pied	*7*	*5,5*
Brûlure	*5*	*3,9*
Traumatismes du bassin avec rupture d'urètre	*2*	*1,5*
Envenimations	*1*	*0,8*
Amputation traumatique	*1*	*0,8*

Chez un même patient, nous trouvons parfois plusieurs lésions traumatiques associées.

Tableau IV : *Répartition des patients selon les urgences chirurgicales non traumatiques.*

	Effectif	***Pourcentage***
Péritonites	*34*	*30,4*
Occlusions	*21*	*18,8*
Appendicites	*18*	*16,1*
Hernies étranglées	*9*	*8,0*
Abcès	*8*	*7,1*
Malformations ano-rectales	*6*	*5,4*
Torsions testiculaires	*4*	*3,6*
Omphalocèles	*3*	*2,7*
Laparoschisis	*2*	*1,8*
Rétentions aiguës d'urines	*2*	*1,8*
Invaginations intestinales	*2*	*1,8*
Hémopéritoine	*1*	*0,9*
Eviscération postopératoire	*1*	*0,9*
Cholécystite	*1*	*0,9*

Aspects thérapeutiques

Le délai moyen de prise en charge médicale par rapport à l'admission des patients était de 4 heures et 17 minutes ± 45 minutes avec des extrêmes de 15 minutes et 24 heures.

Tableau V*: Répartition des patients selon le délai de prise en charge médicale (en heures)*

	Effectif	***Pourcentage***
< 1h	*153*	*63,8*
[1-6h[	*72*	*30,0*
[6-12h[	*2*	*0,8*
[12-24h[	*2*	*0,8*
[24-48h[	*7*	*2,9*
≥ 48h	*4*	*1,7*
Total	*240*	*100*

Dans notre étude, 98,8% des patients (n = 237) ont bénéficié d'un traitement médical. La prise en charge médicale a consisté en une mise en condition qui consistait en : une mise en place d'abord veineux de gros calibre (94,5 % des cas), une rééquilibration hydro électrolytique ou un remplissage vasculaire (92,4 % des cas), une injection d'antalgiques (51,2 % des cas), une pose de sonde vésicale (35,0 % des cas), une pose de sonde naso-gastrique (27,9 % des cas) et une oxygénation (15,2 % des cas).

Les enfants transférés du Service de Pédiatrie, bénéficiaient d'une prise en charge spécifique ; ils ne venaient au bloc que pour l'intervention chirurgicale.

Le délai moyen de prise en charge chirurgicale par rapport à l'admission des patients (tableau VI) était égal à 1 jour ± 14 heures. Les délais extrêmes étaient de 30 minutes et 18 jours.

***Tableaux VI**: Répartition des patients selon le délai de la prise en charge chirurgicale (en heures h).*

	Effectif	***Pourcentage***
< 1h	*8*	*4,8*
[1 – 6h[	*46*	*27,4*
[6 – 12h[	*28*	*16,7*
[12 – 24h[	*29*	*17,2*
[24 – 48h[	*24*	*14,3*
≥ 48h	*33*	*19,6*
Total	***168***	***100***

Les urgences chirurgicales relevaient de diverses spécialités (tableau VII).

***Tableau VII:** Répartition des patients selon le type d'urgence chirurgicale opérée.*

	Effectif	*Pourcentage*
Chirurgie digestive	*90*	*83,3*
Chirurgie traumatologique	*48*	*67,6*
Neurochirurgie	*12*	*23,3*
Chirurgie pédiatrique	*14*	*56,0*
Urologie	*11*	*78,6*
Dermatologie	*12*	*100*
Chirurgie thoracique	*5*	*50,0*
Chirurgie vasculaire	*2*	*66,7*
Ophtalmologie	*1*	*100*
Oto-rhino-laryngologie	*1*	*100*

Au total, 168 patients (70 %) avaient été opérés. Il avait été réalisé : 99 laparotomies (58,9 %), 33 parages-sutures et immobilisations plâtrées (19,6 %), 24 ostéosynthèses (14,2 %), 8 amputations des membres (4,8 %), 6 cystostomies et sondages sus pubiens (3,5 %), 6 incisions et drainage d'abcès (3,6%), 4 détorsions funiculaires (2,4 %), 1 volet crânien et évacuation d'hématome (0,6 %), 1 décapage (0,6 %) et 1'urétroplastie (0,6 %). Tous les cas de laparoschisis et de traumatismes du rachis n'ont pas été opérés ; il en était de même de 66,7 % des patients admis pour une omphalocèle. Parfois, plusieurs actes opératoires avaient été réalisés chez le même patient. Le coût moyen des actes opératoires s'élevait à 59227,84 ± 38 FCFA (91,47 Euros) avec des extrêmes de 6000 francs CFA et de 240000 FCFA (10 et 366 Euros). Certaines difficultés avaient été observées ; elles se résumaient à :

- un manque de moyens financiers (55,4 %)
- une indisponibilité du spécialiste (21,3 %)
- une indisponibilité de médicaments à la pharmacie (14,2 %)
- une insuffisance de plateau technique (6,3 %)
- un refus de l'intervention chirurgicale par la famille (5,8 %)
- une absence d'accompagnateurs (4,2 %)
- un retard du diagnostic (3,7 %)
- une pénurie de drogues anesthésiques (3,3 %)
- un bloc opératoire non disponible (1,7 %).

Aspects évolutifs

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours et 8 heures ± 9 jours et 11 heures avec des extrêmes de 2 heures et 77 jours. Sur les 240 patients de notre série, 145 avaient connu une évolution favorable jusqu'à la fin de l'hospitalisation (60,4%), 36 étaient sortis contre avis médical (15%), 32 avaient connu une évolution compliquée (13,3%), 24 patients étaient décédés (10%) et 3 avaient été référés (1,25%).

La moitié des patients décédés avaient un âge compris entre 0 et 15 ans et 20,8% étaient âgés de 16 à 35 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmentait, le pourcentage des patients décédés diminuait (p = 0,01). Le tableau VIII décrit la relation qui existe entre les patients décédés et leurs âges

***Tableau VIII**: Répartition des patients selon la relation entre le décès et l'âge des patients*.

	Effectif de décès	*Pourcentage*
≥ 15 ans	*12*	*50,0*
16-35ans	*5*	*20,8*
36-55ans	*5*	*20,8*
56-75ans	*2*	*8,3*
> 75ans	*0*	*0,0*
Total	*24*	*100*

Les patients admis 48 heures au moins après le début de leurs symptomatologies avaient été les plus représentés parmi les patients décédés (tableau IX).

Tableau IX *: Répartition des patients selon le nombre des décès en fonction des délais d'admission.*

	Effectif	*Pourcentage*
< 1h	*2*	*8,3*
[1-6h[	*3*	*12,5*
[6-12h[	*3*	*12,5*
[12-24h[	*0*	*0,0*
[24-48h[	*5*	*20,8*
≥ 48h	*11*	*45,8*
Total	*24*	*100*

Parmi les patients décédés, les cas graves étaient statistiquement plus élevés que les cas qui ne l'étaient pas *(p = 0,02)*. La figure 2 a illustré la répartition des patients décédés en fonction de la gravité de la maladie.

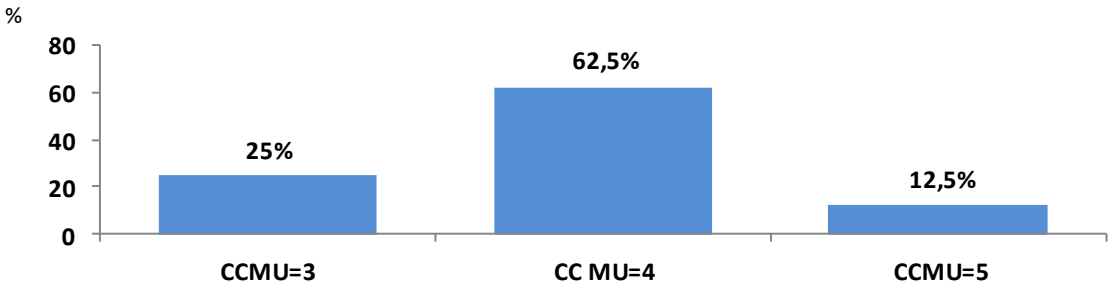

Figure 2: *Répartition des patients décédés en fonction de la gravité de la maladie.*

Le bas niveau socio-économique des patients avait été à la base du décès de plus de la moitié des patients (figure 3).

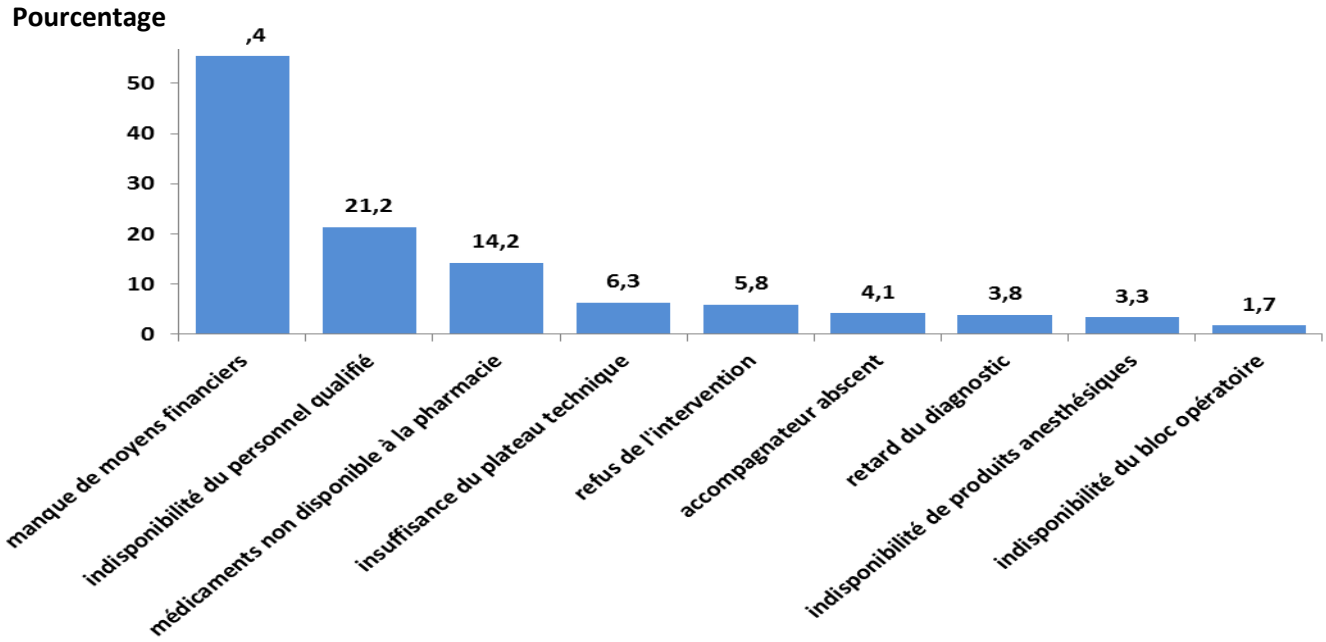

Figure 3: Répartition des patients décédés et les difficultés dans la prise en charge.

Chez un même patient, nous trouvions parfois plusieurs difficultés au cours de la prise en charge.

Discussion

Au cours de notre période d'étude, nous avions enregistré 60,73 % de patients admis pour une urgence chirurgicale. Sall et al. **[1]** au Sénégal ont trouvé 67,6 % de cas d'urgences chirurgicales à l'accueil.

L'âge moyen dans notre série était de 27,53 ± 17,02 ans et 47,91 % des patients étaient âgés de 16 à 35 ans. Les âges extrêmes étaient 1 jour et 78 ans. L'âge jeune des patients s'expliquerait par la prépondérance de cette classe au sein des populations africaines. Au Benin, en particulier, 70 % de la population aurait moins de 35 ans **[3]**. La prédominance masculine était nette avec une sex-ratio de 2,53. Cette sex-ratio était inférieure à celle observée par Sall et al. **[1]** qui était de 3,4. La prédominance masculine pourrait s'expliquer non seulement par la grande fréquentation des hommes dans la circulation routière et la conduite d'engin, mais aussi par le fait que les urgences obstétricales avaient été exclues de notre étude.

Les travailleurs indépendants étaient les plus représentés avec une fréquence de 45,83% de la population d'étude. Mensah et al. **[4]** avaient trouvé la même catégorie professionnelle avec une fréquence de 42,3 %. Cette prédominance pourrait être due au manque des moyens financiers.

Une forte proportion de patients (41,67 %) résidait hors de Parakou. Ceci s'expliquerait par l'efficacité des références dans notre série. Le CHU-P joue un rôle de premier ordre dans l'accueil des urgences dans les formations sanitaires du nord-est du Bénin.

La majorité des patients était venue à l'hôpital par les moyens personnels. Pour certains auteurs **[1,4]**, les véhicules des sapeurs-pompiers avaient été plus représentés avec des fréquences respectives de 78% et 93%. Selon Mensah et al. **[4]**, ce résultat relevait l'insuffisance d'organisation de service médical pré-hospitalier dans le Nord du Benin, malgré la disponibilité d'une antenne départementale de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) à Parakou.

La majorité des patients était admise après 48 heures (41,25 %). Mensah et al. **[4]** ont trouvé un délai moyen de consultation de 7,6 ± 3,5 jours. Ces délais étaient supérieurs aux 17 ± 9 heures rapportés par Sall et al. **[1]**. Plusieurs critères favoriseraient ces longs délais de consultation : l'absence d'un système d'assurance maladie, la méconnaissance et la négligence de signes, l'automédication, du défaut d'éducation sanitaire, de l'absence du transport pré-hospitalier adéquat et les références tardives des hôpitaux périphériques.

Dans notre série, la majorité des patients avait un pronostic vital engagé et nécessitait des gestes de réanimation (52,08 %). Les études de Sima et al. **[5]** à Libreville ont trouvé les résultats proches des nôtres (58,8 %) ; par ailleurs, plus de la moitié des patients (53,33 %) avaient une urgence traumatique. Selon le type d'urgence et la gravité, les urgences abdominales demeuraient les plus graves dans notre série : cela pourrait être dû à l'insuffisance d'un transport médicalisé des polytraumatisés.

Dans notre série, les urgences traumatiques étaient les plus fréquentes. Elles étaient retrouvées dans 53,33 %. L'étiologie la plus fréquente était l'accident de la voie publique avec une fréquence de 70,31%. Allodé et al. **[6]** et Sall et al. **[1]** avaient rapporté des taux proches du nôtre, 50,2 % et 48,20 % respectivement. Pour Das et al. **[7]**, les accidents survenus sur la voie publique étaient incriminés dans 85,1% des cas. L'émergence de ce fléau pourrait être expliquée par l'augmentation des engins à 2 roues, la méconnaissance ou le non-respect du code de la route, l'imprudence des jeunes dans la circulation. Les lésions des membres avaient été les plus fréquentes (57,04 %) suivies des traumatismes crânio-encéphaliques (37,5 %). Ce même constat avait été fait par Sall et al. **[1]** au Sénégal et Allodé et al. **[6]** au Bénin. Les urgences non traumatiques étaient représentées dans 46,67 % des cas dans notre série. Les causes les plus fréquentes étaient les péritonites (30,36%), tout comme l'avaient souligné Mensah et al. **[4]** avec 55 % des cas. Cette forte prévalence des péritonites pourrait s'expliquer par les longs délais de consultations pour certaines affections et les admissions patients au stade de complications de leurs affections.

La non réalisation d'au moins un examen par certains patients (14,17 %) serait expliquée par l'insuffisance de plateau technique du laboratoire, la limite des examens réalisés les jours non ouvrables, le manque des moyens financiers des patients et la non disponibilité de l'unique radiologue pour réaliser des d'examens complexes.

Le délai médian de la prise en charge médicale était de 30 minutes. Aucun cas de traumatisme du rachis n'avait été opéré. Ceci était dû à l'absence de scanner à temps opportuns pour un bilan lésionnel puisqu'il n'était pas possible de réaliser cet examen au CHU-P ; pour ce faire, les patients étaient transportés ailleurs dans Parakou moyennant des frais supplémentaires pour sa réalisation ou référés à des centaines de kilomètres vers un centre médical plus équipé. A tous ces facteurs s'ajoutaient, l'insuffisance de matériel adapté et l'indisponibilité de l'unique neurochirurgien pour tout le nord du Bénin. Au-delà du troisième jour post-traumatique, les paralysies étaient irréversibles.

Les cas de chirurgie néonatale étaient les moins opérés du fait de l'indisponibilité fréquente de l'unique anesthésiste du CHU-P, du refus de

certains techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation à endormir de nombreux enfants et de la pénurie régulière de drogues anesthésiques appropriées.

Le délai médian de la prise en charge chirurgicale était de 12 heures. Cette situation s'expliquerait par plusieurs facteurs notamment l'absence d'assurance maladie, le niveau socio-économique bas des malades ne permettant pas d'honorer les ordonnances médicales et le bilan préopératoire, l'inexistence d'une trousse d'urgence pour la prise en charge de ces urgences. Le retard dans la prise en charge des urgences ne tenait pas compte de la gravité des malades. Il était aussi bien important chez les malades à CCMU 3, 4 et 5. Le même constat a été fait par Sima et al. **[5]**.

Le manque de moyens financiers était la principale difficulté à laquelle étaient confrontés les patients dans leur prise en charge (55,42 %). Suivaient les problèmes d'insuffisance et d'indisponibilité de personnels qualifiés (21,25 %), de la non disponibilité des médicaments de première nécessité, de drogues anesthésiques et de produits consommables à la pharmacie du CHU-P. Dans l'étude de Sall et al. **[1]**, l'anesthésie ne posait pas de problème de prise en charge. Il se posait surtout aux patients, la nécessité de recours à une couverture sociale.

La longue durée d'hospitalisation s'expliquerait par le lieu provenance des patients ; ces derniers étaient hospitalisés le plus longtemps possible, afin de prévenir les complications postopératoires et de maîtriser le suivi. La majorité des patients étaient guéris sans séquelles (60,42 %) ; cependant, 15 % d'entre eux étaient sortis contre avis médical faute de moyens financiers pour supporter les soins prescrits, 13,3 % guéris avec séquelles et 10% décédés dans notre série. Mensah et al. **[4]**, avaient rapporté 22 % de cas de décès. Ce taux élevé de mortalité s'expliquerait par la gravité de ces affections et du pronostic sombre à l'admission, dus au retard de consultations. Le délai de la prise en charge chirurgicale influençait aussi la fréquence élevée des décès. La moitié des patients décédés avait un âge compris entre 0 et 15 ans. Le décès variait significativement en fonction de l'âge ($p = 0,014$). Ceci serait dû à la prise en charge inadéquate des patients de cette tranche d'âge. La majorité des patients décédés (62,50 %) avaient une CCMU égale à 4. Le décès variait significativement en fonction de la CCMU au seuil de 5 %. Toutes choses égales, les patients ayant une CCMU égale à 4 avaient 2,84 fois plus de risque de décéder que les patients ayant une CCMU égale à 3. De même, les patients ayant une CCMU égale à 5 avaient 6 fois plus de risque de décéder que les patients ayant une CCMU égale à 3.

Références

1. **Sall BK, Kane O, Diouf E, Beye MD**. Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med trop. 2002 ; 62: 247-50.
2. **Roupie E, Santin A**. Evaluation de la gravité et indicateurs d'activité dans les structures hospitalières d'accueil des urgences. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte, 2e édition, 2004 ; 67-71.
3. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique**. Les principaux indicateurs socio-démographiques. 3e recensement général de la population et de l'Habitat, 2003 ; 36-7.
4. **Mensah E, Tchaou B, Allodé A, Zoumenou E, Ogou L, Chobli M et al.** Comment améliorer le pronostic des urgences chirurgicales abdominales admises dans l'unité de réanimation? J Afr chir digest. 2011 ; 11 : 1197-203.
5. **Sima ZA, Josseaume A, Ngaka ND, Galoisy GL, Carpentier JP.** Surgical emergencies at Libreville hospital center. Ann Fr Anesth Réanim. 2003.
6. **Allodé A, Mensah E, Tchaou B, Savi de Tove KM, Boni S, Padonou J**. Les urgences traumatologiques par accident sur la voie publique dans le Service de Chirurgie Générale du CHD de Parakou (Bénin). Rev. Cames-Série A. 2008; 6: 49-52.
7. **Das SC, Ouédraogo C, Diémé H, Kafando A, Zans I, Nacoulmar K et al**. Limbs fractures in trauma emergency unity at Ouagadougou (Burkina Faso), J. Sci 2008; 8: 1-9.